

12 artículo

Enrique Gracia [Buscar autor en Medline]

Marisol Lila [Buscar autor en Medline]



El papel de los profesionales de la salud en la detección y prevención de la violencia doméstica.

Ver resumen y puntos
clave

Ver texto completo

Volver al sumario

Texto completo

Prevención de la Violencia Doméstica: Contextos de intervención en prevención primaria

El "descubrimiento" de la Violencia Doméstica como problema social es un hecho relativamente reciente¹. Hay que esperar más de 20 años desde que se inicia el interés científico por este fenómeno para que sea considerado un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. Así, será en 1995 cuando la Organización de Naciones Unidas plantea como uno de sus objetivos prioritarios la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres y en 1998 la Organización Mundial de la Salud declara la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. Es en este mismo año cuando, en nuestro país, se elabora el primer "Plan de acción contra la Violencia Doméstica" en el que se reconoce de forma explícita la violencia doméstica como un problema de estado². Hoy en día, la prevalencia de la violencia doméstica en todo el mundo, su impacto a corto y largo plazo en la salud mental y física de las mujeres y las consecuencias negativas que tiene para las familias, las comunidades y la sociedad en general, convierten a la violencia doméstica en una prioridad de salud pública³⁻⁸. Los profesionales de la salud no pueden permanecer ajenos: su intervención es necesaria en la prevención, detección y tratamiento de este problema, siendo imprescindible una aproximación integral y coordinada con otros profesionales e instituciones².

Prevalencia de la Violencia Doméstica

Los datos de diversos estudios y encuestas indican una elevada prevalencia de la violencia contra la mujer en las relaciones íntimas. Así, en el informe de la Organización Mundial de la Salud, "World Report on Violence and Health", se recogen datos de 48 encuestas de distintos lugares del mundo, según los cuales entre el 10% y el 69% de las mujeres indica haber sido maltratada físicamente por un compañero íntimo en algún momento de su vida⁸. Igualmente, un informe para Unicef sobre violencia doméstica elaborado por el Innocenti Research Centre⁹ que recoge datos de 23 países sobre la violencia doméstica que sufren las mujeres, estima que entre el 20% y el 50% de las mujeres, según países, sufren algún tipo de maltrato en el seno de la familia. Este informe, que recoge estudios realizados con diversas metodologías en países de todos los continentes, también sitúa el porcentaje de mujeres maltratadas en los países industrializados entre el 20% y el 30%, a excepción de Japón que alcanza el 59%. Como señala este informe, la violencia contra las mujeres está presente en cada país independientemente de culturas, clase social, nivel educativo, etnia y edad. La dimensión global de la violencia contra la mujer hace que ninguna sociedad pueda reclamar para sí el privilegio de estar libre de esa violencia. Por poner algunos ejemplos concretos, en Estados Unidos la Asociación Médica Americana¹⁰ estima que cerca del 25% de las mujeres es víctima de maltrato doméstico al menos una vez en su vida, una tasa de incidencia que llevó a Everett Koop a denunciar que la violencia doméstica causa más daños a las mujeres que la combinación de los accidentes de automóvil, asaltos y violaciones¹¹. Datos del Departamento de Justicia de EEUU indican que en este país un millón de mujeres (una tasa equivalente a nueve mujeres de cada mil) son víctimas de la violencia ejercida por personas con las que mantienen una relación íntima. Sorprende en esta estadística que la violencia que sufren las mujeres a manos de desconocidos (una tasa del 7,4 por mil) sea menor que la ejercida por personas con las que se mantiene una relación íntima¹². En Europa un análisis de 10 estudios de prevalencia de la violencia doméstica llevado a cabo por el Consejo de Europa obtiene

bibliografía

1. Gracia E. Las víctimas invisibles de la violencia familiar. Barcelona: Paidós, 2002.
2. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, et al. Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
3. Gracia E, Herrero J. Acceptability of domestic violence against women in the European Union: A multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:123-129.
4. Klein E, Campbell J, Soler E, et al. Ending domestic violence: Changing public perceptions/halting the epidemic. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
5. Krantz G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 242-243.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



resultados consistentes: una de cada cuatro mujeres experimentan la violencia doméstica en algún momento de su vida y entre el 6 y el 10% sufren malos tratos anualmente¹³.

En España disponemos de una macroencuesta realizada recientemente que nos permite estimar los malos tratos que sufren las mujeres en el ámbito doméstico¹⁴. Esta macroencuesta de ámbito nacional resulta además particularmente interesante porque utiliza la distinción entre maltrato declarado y maltrato técnico. Es decir, se analiza la violencia contra la mujer teniendo en cuenta no sólo las mujeres que se autclasifican como maltratadas (maltrato declarado) sino también aquellas mujeres que técnicamente se han considerado como maltratadas por responder a determinados criterios. Así, también se consideraban maltratadas en este estudio aquellas mujeres que respondían "frecuentemente" o "a veces" a, al menos, una de las frases que se les presentaba en un listado y que se correspondían con conductas de malos tratos (ver **Tabla 1**).

De acuerdo con los resultados de esta encuesta, el 4 % de las mujeres españolas mayores de edad declara haber sido víctima de malos tratos, durante el último año, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su pareja, aunque no conviva con la mujer. Este porcentaje representa un total de 609.523 mujeres. Además el 11,1% de las mujeres españolas de 18 y más años son consideradas "técnicamente" como maltratadas, lo que representa un total de 1.669.475 mujeres aproximadamente (ver **Gráfico 1**). De acuerdo con este estudio, aunque la mayor parte de los actos de violencia doméstica contra la mujer son causados por la pareja, otros miembros de la familia también son responsables de los malos tratos.

Las consecuencias de la violencia doméstica

Según el informe elaborado por el Consejo de Europa¹³, las estadísticas apuntan que la violencia en el seno de la familia sería la principal causa de muerte e invalidez de las mujeres de 16 a 44 años, por delante del cáncer o los accidentes de tráfico. En este sentido, son numerosos los informes y estudios que demuestran las importantes consecuencias que tiene la violencia doméstica en la salud física y mental de las mujeres maltratadas, así como los graves costes económicos y sociales de la violencia contra la mujer^{5, 6, 15-18}. Como señalan Ramsay et al.¹⁹, la violencia doméstica puede tener importantes consecuencias negativas a corto y largo plazo en la salud de las mujeres que pueden persistir incluso cuando dicha violencia ha finalizado. Los resultados de la British Crime Survey²⁰ indican que el 75% de los casos de violencia doméstica tienen como resultado lesiones físicas o consecuencias sobre la salud mental. Además, la violencia doméstica también tiene importantes consecuencias para los hijos testigos de la misma, así como para el maltratador (ver **Tabla 2**).

En relación con las consecuencias físicas, la violencia doméstica es una de las causas más comunes de lesiones graves en las mujeres¹⁹. En un estudio realizado en el Reino Unido²¹, en los servicios de atención primaria, el 16% de las mujeres habían sido golpeadas en la cara, el 20% en el cuerpo, brazos o piernas y al 13% le habían propinado patadas. El 50% de estas mujeres requirieron atención médica para tratar las lesiones que habían sufrido. Una imagen similar la proporciona la investigación realizada en servicios de urgencias²². Por otra parte, las mujeres víctimas de violencia doméstica pueden sufrir diferentes problemas de salud crónicos. Una de las diferencias más contrastada, en términos de salud física, entre mujeres víctimas de violencia doméstica y mujeres que no han sido víctimas, es la presencia de problemas ginecológicos (p. ej., enfermedades de transmisión sexual, infecciones o sangrado vaginal, irritación de las zonas genitales, dolor pélvico crónico, infecciones en el aparato urinario)²³. Otros síntomas asociados frecuentemente con mujeres víctimas de violencia doméstica son dolor crónico (p. ej., dolores de cabeza, dolor de espalda) y sintomatología relacionada con el sistema nervioso central (p. ej., desmayos, ataques)²³, problemas gastrointestinales (p. ej., pérdida de apetito, trastornos alimenticios, síndrome de irritación intestinal)²⁴⁻²⁶ y trastornos cardíacos (p. ej., hipertensión, dolor en el pecho). Además, uno de los aspectos más preocupantes en relación con los problemas de salud física que padecen las mujeres víctimas de violencia doméstica es que dicha violencia continúa cuando la mujer se queda embarazada e, incluso, esta puede tener comienzo o aumentar durante este periodo^{27,28}. La consecuencia más grave derivada de esta situación es la muerte de la madre²⁹ o del feto³⁰. La violencia contra la mujer durante el embarazo también se asocia con bajo peso del recién nacido³¹, nacimiento prematuro y lesiones en el feto²⁷.

En cuanto a las consecuencias psicosociales que sufren las mujeres víctimas de violencia doméstica hay que señalar que algunos investigadores comparan el impacto de sufrir este tipo de violencia con el trauma causado tras haber sufrido secuestro y tortura³². Las secuelas psicológicas más frecuentes son depresión y trastornos de estrés post-traumático^{33,34}. Las mujeres que mantienen este tipo de relaciones de abuso suelen presentar baja autoestima y sentimientos de indefensión³⁵ y es cinco veces más frecuente que intenten suicidarse que las mujeres que no sufren malos tratos³⁶. Igualmente, es

frecuente que padezcan ansiedad e insomnio³⁷. Por otra parte, en algunos estudios se ha encontrado que las mujeres víctimas de violencia doméstica son quince veces más proclives a abusar del alcohol y nueve veces a abusar de otras sustancias³⁶.

No obstante, hay que tener presente, tal y como señalan Fernández et al.² que “sólo algunas víctimas de maltrato presentan trastornos psicopatológicos bien definidos. En muchos casos, los motivos de consulta pueden ser síntomas físicos y psicológicos poco específicos y trastornos por somatización, que pueden ser la carta de presentación de una situación de maltrato” (p. 27).

El silencio de las víctimas y el “iceberg” de la violencia doméstica

A pesar de la elevada prevalencia y las importantes consecuencias que tiene sobre la salud la violencia doméstica, son todavía demasiados los casos que se quedan sin denunciar.

Asimismo, como se señala en el documento elaborado por Fernández et al.², para la mayoría de mujeres pasan entre cinco y diez años desde el inicio del maltrato hasta que éste se denuncia. De hecho, la violencia contra las mujeres ha sido reconocida por la ONU como “el crimen encubierto más frecuente del mundo”. Al igual que otras conductas estigmatizantes y contranormativas que tienen lugar en un entorno privado, esta violencia se denuncia con muy poca frecuencia^{15, 38-40}. Por ejemplo, según datos de Estados Unidos, Straus y Gelles estimaban que sólo alrededor del 15% de las mujeres maltratadas llegan a contactar con la policía⁴¹. También un informe de la Asociación Americana de Psicología señalaba que las mujeres víctimas de la violencia denuncian la situación 6 veces menos cuando el agresor es un compañero íntimo que cuando el agresor es un extraño⁴². Además, si los malos tratos no producen lesiones severas, las probabilidades de denunciar la violencia se reducen sustancialmente³⁹. Como hemos señalado anteriormente, según la encuesta del Instituto de la Mujer realizada en el año 2002¹⁴ el 4% de las mujeres españolas se consideraron víctimas de la violencia doméstica durante el año anterior, y el 11.1% se consideraron “técnicamente maltratadas”. Durante ese año se produjeron 43.313 denuncias⁴³. Un número de denuncias que representaría únicamente alrededor del 2’5% de las mujeres consideradas técnicamente como maltratadas. Estos datos ilustran el hecho de que las denuncias por malos tratos producidas por el compañero íntimo constituyen tan sólo la punta del iceberg de las dimensiones “reales” estimadas de este problema. Unos casos que, además, tienden a representar el extremo más severo, crónico y con frecuencia fatal de la violencia contra la mujer⁴⁴.

Para representar adecuadamente este fenómeno se ha utilizado la metáfora del “iceberg de la violencia doméstica”. Una metáfora en la que los casos denunciados de violencia doméstica (normalmente los casos más extremos de violencia) y los homicidios de mujeres a manos de sus compañeros sentimentales representan únicamente la punta del iceberg. De acuerdo con esta metáfora, la mayoría de los casos se encuentran sumergidos y son supuestamente invisibles para la sociedad⁴⁴. Probablemente, son muy escasos los problemas de salud pública que compartan esta característica: una situación o condición está afectando al 25% de la población, pero únicamente unos pocos afectados, entre el 2,5 y el 15%¹⁵, informan que están sufriendo esta situación. De nuevo, la imagen del iceberg nos dice que aunque podemos estimar cuántas mujeres están sufriendo o han sufrido violencia doméstica, no podemos llegar a ellas porque la mayoría de los casos no son denunciados⁴⁴. No podemos dejar de preguntarnos por qué tantas situaciones de violencia quedan ocultas ¿Es realmente tan abrumadora esa falta de visibilidad? ¿Es, por tanto, inevitable que un número tan elevado de mujeres no reciban atención, ayuda, apoyo o protección? Son numerosas las razones que pueden llevar a una mujer a mantener en silencio los malos tratos que sufre cotidianamente, evitando dar visibilidad social a su sufrimiento (ver **Tabla 3**). Lo cual no quiere decir que otras personas de su entorno social estén “ciegas” ante la situación que vive esa mujer. De hecho, un elemento común en innumerables casos de violencia doméstica es que las agresiones sufridas por la mujer eran conocidas desde hacía tiempo por el entorno social inmediato de esa familia¹. Y otro elemento común en esos casos es que ese mismo entorno social no había intentado hacer nada para detener esas agresiones cotidianas. Al parecer, la gran mayoría de mujeres maltratadas se encuentran rodeadas de un gran silencio: el suyo propio y el silencio e inhibición de su entorno social. Esta reacción de pasividad del entorno social ante casos cotidianos de violencia doméstica termina constituyéndose en un factor que, si no apoya esos actos violentos, tampoco ayuda a generar actitudes sociales con capacidad disuasoria. Por la misma razón, es probable que un clima de intolerancia social en el que con casi toda certeza se prevea que cualquier persona del entorno social de la mujer (vecinos, comerciantes, servicios sociales, policías, médicos, etc.) se movilizará y actuará ante situaciones de violencia contra la mujer, incrementándose así la visibilidad de los agresores, ayudará a reducir notablemente los episodios de violencia, al mismo tiempo que inclinará a las víctimas a denunciar o revelar antes su situación¹.

La detección de la violencia doméstica en el ámbito de la salud

Como hemos indicado previamente, la Organización Mundial de la Salud, en su Resolución

49.25, considera que la prevención de la violencia es una prioridad de salud pública y que el ámbito de la salud puede desempeñar un importante papel en su prevención y en el apoyo a las víctimas. Y es que, ciertamente, el ámbito de los profesionales de la salud, con una mayor concienciación sobre el problema de la violencia en la familia, puede desempeñar un papel crucial en la identificación de casos de violencia doméstica que, probablemente, de otra forma quedarían sumergidos entre el silencio de las víctimas y el silencio e inhibición de su entorno social ^{1, 44}.

De hecho, los resultados de diversos estudios confirman que el número de mujeres tratadas por profesionales de la salud por lesiones como consecuencia de la violencia interpersonal es muy elevado ⁴⁵. Las mujeres maltratadas son vistas también con frecuencia en los servicios de urgencia hospitalarios. Por ejemplo, en un estudio de ámbito nacional llevado a cabo en Estados Unidos se estimó que el 37% de las pacientes en los servicios de urgencias habían sido lesionadas por personas con las que mantenían o habían mantenido una relación íntima ⁴⁶. Sin embargo, los índices de detección de violencia doméstica en hospitales y servicios de urgencia aún son muy bajos, a pesar de ese alto índice de mujeres víctimas de violencia doméstica que visitan los servicios de urgencias en busca de tratamiento ⁴⁷. Este hecho puede estar reflejando tanto las reticencias de las mujeres de admitir las causas de sus lesiones como la falta de voluntad de algunos profesionales de la salud por indagar más ⁴⁸. Así, por ejemplo, La Organización Mundial de la Salud (8) señalaba que los profesionales de la salud raramente indagan acerca de síntomas de violencia o preguntan a las mujeres acerca de si han sufrido algún tipo de abuso, incluso aunque la mayoría de mujeres sean favorables a las entrevistas rutinarias acerca de la violencia doméstica por parte de sus médicos ⁴⁹.

Y es que, a pesar de la frecuencia con que los profesionales de la salud “ven” casos de violencia familiar, en algunas ocasiones ignoran o minimizan los abusos, o bien no creen a la víctima o se inhiben ⁵⁰. Por ejemplo, los resultados de un estudio revelaban que sólo alrededor del 9% de mujeres maltratadas habían hablado del abuso sufrido con sus médicos ⁵¹. En otros estudios se han encontrado porcentajes de detección que solo alcanzan entre el 28% y el 40% de los casos ^{52, 53}. Y es que el personal médico, en numerosas ocasiones, tiende a centrarse únicamente en las lesiones o daños ignorando el proceso y las circunstancias del incidente que las provoca. Pero además, aunque resulte evidente que el origen de las lesiones o daños sean debidos a los malos tratos, una gran mayoría de mujeres continúan sin ser identificadas como tales por los profesionales de la salud ⁵⁴. Entre las razones por las que médicos y otros profesionales de la salud no preguntan con regularidad acerca de los malos tratos, se mencionan el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la “caja de Pandora”, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar ⁵⁵. Otras razones apuntadas son la falta de educación y conocimientos acerca de la violencia doméstica y las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental ⁵⁴. Además, esa inhibición también puede estar relacionada con creencias tales como “la violencia doméstica es un asunto privado”, o “la violencia doméstica es un problema que no pertenece al ámbito de la salud”.

A pesar de todo lo anterior, los servicios de urgencias, así como consultas y clínicas privadas, se encuentran entre los lugares más importantes y también menos reconocidos para iniciar una intervención ⁵⁶. Mujeres que no buscarían ayuda en refugios o centros de acogida o que no llamarían a la policía, podrían acudir a su médico de cabecera, aunque fuera con una queja vaga. En este sentido, una mayor concienciación y formación de los profesionales de la salud, así como dominar las técnicas de entrevista y protocolos de identificación facilitaría el que médicos y otro personal sanitario pudiera prestar ayuda a la mujer maltratada.

Veamos a continuación algunas de las estrategias prioritarias que se han planteado en este ámbito para mejorar la atención y ayuda a las víctimas de violencia doméstica.

Estrategias de respuesta desde el ámbito de la salud ante la violencia doméstica

Sharps y Campbell ⁵⁴ proponen una serie de estrategias para responder ante la violencia contra las mujeres desde el ámbito de la salud. La primera de estas estrategias consistiría en la educación y formación de los profesionales de la salud, una formación que incluiría información sobre factores de riesgo, indicadores, prevalencia y secuelas físicas y mentales de los malos tratos. Una segunda estrategia consistiría en la educación de mujeres a través de trípticos, pósters, videos y campañas en los medios de comunicación donde se describa el ciclo de los malos tratos, los efectos de las lesiones en la salud y los recursos comunitarios para las mujeres maltratadas. De acuerdo con Sharps y Campbell ⁵⁴ una mayor concienciación de las mujeres acerca de los malos tratos y sus efectos, y un mayor conocimiento podría mejorar no sólo la calidad de su comunicación acerca de los abusos con los profesionales sino también tendría un impacto positivo en las conductas de seguridad. Una tercera estrategia consistiría en la evaluación de todas las mujeres en los centros de salud (cribado universal). Una propuesta que recoge el hecho de que las

mujeres maltratadas utilizan los sistemas de salud en una proporción mucho mayor que las mujeres no maltratadas. Este tipo de prevención podría incluir evaluaciones rutinarias en servicios de urgencias, de atención primaria, en clínicas donde se practique el aborto o en servicios de atención prenatal, medidas acompañadas con protocolos adecuados de evaluación y con la adecuada conexión con los servicios comunitarios apropiados. En este sentido, un estudio llevado a cabo por McLeer y Anwar es bastante alentador⁵⁷. En este estudio se entrenó a profesionales de los servicios de urgencia de un hospital en la utilización de un protocolo en el que se realizaban preguntas directas acerca de la experiencia de las mujeres de malos tratos. La mayoría de las mujeres respondían sin problemas a las preguntas del protocolo y parecían aliviadas de que alguien les hubiera preguntado directamente cómo habían sido dañadas. A aquellas mujeres que habían sido maltratadas se les proporcionaba información sobre recursos de la comunidad disponibles para ellas. Por otra parte, la mayoría de las mujeres que no habían sido maltratadas no parecía importarles que se les hubiera preguntado si habían sido golpeadas o lesionadas por alguien. Después de un año de uso del protocolo, los resultados demostraron que el porcentaje de mujeres identificadas positivamente como maltratadas se incrementó desde el 5.6% al 30%, como resultado de la formación y uso del protocolo por el personal sanitario. En nuestro país, en el documento de recomendaciones en violencia doméstica del Ministerio de Sanidad y Consumo elaborado por Fernández y otros en el año 2003² ya se señala que la detección precoz es uno de los objetivos más relevantes de la intervención dirigida desde el primer nivel de atención sanitaria. Otra estrategia preventiva propuesta por Sharps y Campbells⁵⁴ consistiría en programas para la violencia doméstica desarrollados en entornos hospitalarios que podrían proporcionar formación sobre tópicos como la responsabilidad legal en las notificaciones de casos, documentación médica, recolección de evidencia, coordinación con la policía y sistema judicial, cuestiones de seguridad para el personal sanitario y para las víctimas y conexiones con los recursos comunitarios. Finalmente, otro esfuerzo preventivo debería dirigirse a reducir los efectos de la violencia en mujeres embarazadas para asegurar que se recibe un cuidado prenatal adecuado. Dado que son numerosas las complicaciones que pueden aparecer como resultado de los abusos durante el embarazo⁵⁸, es importante que se inicie cuanto antes el cuidado prenatal así como promover programas comunitarios de captación para identificar e integrar en los programas de cuidado prenatal a mujeres (adultas como adolescentes) en situación de riesgo.

En nuestro país, la Ley Integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre) propone unas medidas de actuación desde el ámbito sanitario que apuntan en la misma dirección que las estrategias planteadas por Sharps y Campbell⁵⁴. Así, en el artículo 15, se indica que se "promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia". Como medidas concretas se indica que se desarrollarán programas de formación continuada y sensibilización del personal sanitario, con el objetivo de promover el diagnóstico precoz, así como la asistencia y recuperación de las víctimas. Igualmente, las administraciones educativas competentes tendrán que garantizar que se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las mujeres víctimas de violencia en los currículos de las diplomaturas y licenciaturas y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias. Además, en el artículo 32 se explicita que se promoverá la aplicación, actualización y difusión de protocolos que contengan pautas de actuación sanitaria uniformes, tanto en el ámbito público como privado, entendiendo que tales protocolos facilitarán las actividades de prevención, detección precoz e intervención. De hecho, ya se han llevado a cabo algunas medidas por parte de las administraciones públicas. En concreto, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha desarrollado diversas actividades formativas en torno a la aproximación a la violencia doméstica en las consultas de atención primaria⁵⁹.

La utilización del cribado (screening) como método de detección de la violencia doméstica

De todas las propuestas planteadas en el apartado anterior, la que sin duda genera más polémicas es la utilización del cribado universal como mecanismo de detección de la violencia doméstica. Ya en 1996 la Organización Mundial de la Salud⁶⁰ insistía en la importancia de mejorar la respuesta del sector sanitario ante la violencia familiar mediante el uso del cribado universal para las mujeres y niñas, esto es, la práctica de preguntar habitualmente a todas las clientes o pacientes si han sido objeto de maltrato sexual o físico, y la creación de protocolos de acción, es decir, planes escritos que definan, para un entorno específico, los procedimientos que deben seguirse para identificar y responder apropiadamente a las víctimas de maltrato.

Aunque aún existe cierta controversia entorno a la utilidad del cribado en relación con la violencia doméstica en medicina general y primeros cuidados^{21, 61, 62}, se está produciendo un incremento del reconocimiento de la importancia del cribado como un medio apropiado y efectivo de identificar y poder dar respuesta a los casos de violencia

doméstica que se presenten en los servicios de urgencias⁴⁴. El hecho de que no exista suficiente evidencia para recomendar el cribado en el caso de la violencia doméstica, no quiere decir que exista suficiente evidencia para no recomendarlo. Así, por ejemplo, en un informe realizado por el US Preventive Services Task Force⁶³ se señalaba que no hay evidencia suficiente ni a favor ni en contra del cribado y que preguntar como parte rutinaria del historial de la paciente acerca de situaciones de abuso podría estar indicado sobre la base de los altos índices de casos no detectados de violencia contra las mujeres, el valor potencial de esta información para el cuidado de estas pacientes y el escaso riesgo de producir daño por preguntar⁶¹. En este mismo sentido, la Canadian Task Force on Preventative Health Care señalaba que, a pesar de que todavía no existe suficiente evidencia para recomendar o desaconsejar el uso del cribado, la prevalencia y el daño asociado a la violencia doméstica son motivo suficiente para mantener un grado elevado de sospecha cuando se valora a los pacientes⁶⁴⁻⁶⁶. Otras organizaciones médicas y organismos acreditados recomiendan el cribado o la entrevista rutinaria en los servicios de salud acerca de la posible existencia de situaciones de violencia doméstica⁶⁷⁻⁷⁰. En Australia existen en la actualidad distintas iniciativas que buscan incorporar programas de cribado rutinario para la violencia doméstica en los servicios de salud y sus evaluaciones apoyan el cribado⁷¹⁻⁷⁴.

La naturaleza oculta del problema de la violencia doméstica, tal y como se representa a través de la metáfora del iceberg, nos lleva a considerar el cribado como un método eficaz, ya que nos puede permitir descubrir casos ocultos de violencia doméstica ayudándonos a romper el silencio, la inhibición y la tolerancia social de la violencia que rodea a las víctimas^{44,75}. Para Bradley et al.⁴⁹, el cribado podría entenderse como una forma de revelar un estigma oculto. La importancia de preguntar acerca de la violencia doméstica para incrementar los índices de identificación también es reconocido en una influyente revisión en la que se concluía que es insuficiente la evidencia para recomendar los programas de cribado. Ramsay et al.⁷⁶ reconocen que al introducir un programa de cribado es probable que se incremente el número de mujeres identificadas por los profesionales de la salud que experimentan violencia doméstica, pero no que las subsecuentes intervenciones sean efectivas. Es cierto que la falta de evidencia en relación con la efectividad de un programa pueda desanimar a los servicios de salud a implementarlos, pero de nuevo, como argumenta Jewkes⁶², aunque aún no exista evidencia disponible que avale la efectividad de los programas de cribado, tampoco existe evidencia que avale que tales programas no son efectivos. Por ejemplo, en un seminario organizado por el Centers for Disease Control and Prevention en Estados Unidos, los participantes acordaron que el cribado para la violencia doméstica debía ser evaluado científicamente pero había también un elevado consenso en que los médicos no deberían esperar los resultados de ensayos clínicos aleatorios para comenzar a incluir el cribado entre sus prácticas habituales⁶¹.

Entre los beneficios del cribado rutinario, no siempre fáciles de evaluar en ensayos clínicos, se pueden destacar el incremento de la conciencia en torno a la violencia doméstica entre los profesionales de la salud y la comunidad en general, el que se ejerza mayor presión para incrementar los recursos y la calidad de la formación de los profesionales de la salud, la mejora del conocimiento, el que se generen habilidades y actitudes más sensibles ante este problema entre los profesionales, el que se ejerza mayor presión para incrementar los recursos para las víctimas después de haberse puesto de manifiesto su situación, los beneficios físicos y psicológicos para la víctima como resultado de una intervención temprana, el incremento de la visibilidad social de este problema, cambios en la tolerancia social ante la violencia en las relaciones y, también, una mayor conciencia y relevancia percibida entre la comunidad científica y las instituciones que subvencionan la investigación. Y todos estos beneficios potenciales pueden contribuir a coordinar repuestas con el fin de descubrir los casos ocultos de violencia doméstica, reducir el silencio, la tolerancia y la inhibición social que rodea a las víctimas y, de esta manera, derretir progresivamente el iceberg de la violencia doméstica contra las mujeres⁴⁴.

A modo de conclusión

La sensibilidad y el compromiso de los profesionales del ámbito de la salud, su contribución a una mayor visibilidad de la violencia familiar y una actitud que demuestre una mayor reactividad ante este problema pueden empezar a marcar una diferencia, pero por supuesto este sector no puede resolverlo todo. No hay que olvidar que ésta es un área que requiere de un acercamiento multiprofesional⁷⁷. Aunque el personal médico desempeña una importante labor en el diagnóstico, la detección y la recogida de importantes indicadores físicos, psicológicos o sociales tiene que recaer también en otros profesionales del ámbito de la salud y de los servicios sociales como enfermeras, fisioterapeutas, educadores, trabajadores sociales, psicólogos y profesionales del ámbito de la salud mental comunitaria. No cabe duda de que las respuestas sensibles en la atención sanitaria pueden tener un importante impacto positivo en la mujer y reducir sus sentimientos de aislamiento y culpa. Pero otros servicios adicionales como la orientación, el apoyo, el asesoramiento jurídico y el acceso a recursos son también necesarios para las víctimas. Las deficiencias en estos servicios de apoyo pueden tener como consecuencia que quienes

dan ese primer paso se sientan aislados e impotentes porque su capacidad para ayudar es limitada. El éxito de la protección de estas personas pasa por la multidisciplinariedad de evaluaciones e intervenciones y por el compromiso del trabajo conjunto donde se compartan conocimientos y habilidades. Y aquí, de nuevo, el rol de la educación y formación continuada de estos profesionales que están en contacto con estas personas es fundamental¹.

